

介護保険被保険者証等再交付申請書

東三河広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											※該当する部分の□にしをつけてください		
	個人番号													
	フリガナ													
	氏名													
	生年月日	明治・大正・昭和			年		月		日					
	住所	〒 —										電話番号(— —)		
申 請 者	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ					被保険者 との続柄							
	住所 (事業所の場合は 事業所名も記入)	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 —					電話番号(— —)							
再交付する証明書		<input type="checkbox"/> 被保険者証		<input type="checkbox"/> 負担割合証		<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証					<input type="checkbox"/> 資格者証		<input type="checkbox"/> その他()	
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失・焼失		<input type="checkbox"/> 破損・汚損		<input type="checkbox"/> 郵便未着					<input type="checkbox"/> その他()			

●窓口処理欄 (以下は記入しないでください)

申 請 者	確認 書類	1 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> (特定)在留カード <input type="checkbox"/> (特定)特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他()									
		2 点	<input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報が確認できるもの <input type="checkbox"/> 介護保険関連証書(保・割・限) <input type="checkbox"/> 年金手帳又は基礎年金番号通知書 <input type="checkbox"/> その他()									
確認方法		<input type="checkbox"/> 複写添付 <input type="checkbox"/> 目視(証番号等:)										
代 理 権 ※	確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者の医療保険の資格情報が確認できるもの <input type="checkbox"/> 被保険者の介護保険関連証書 <input type="checkbox"/> 委任状(原本添付) <input type="checkbox"/> 後見等登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 後見等審判確定証明書 <input type="checkbox"/> その他()										※成年後見等の登記事項証明書及び審判確定証明書については、複写の添付必須。
		確認方法	<input type="checkbox"/> 複写添付 <input type="checkbox"/> 目視(証番号等:)									
交付方法		<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送										

※申請者が本人の場合、代理権の確認は不要